

LA RELAZIONE DI CURA

Dott.ssa Sofia Mezzasalma

Psicologa Clinica, Criminologa, Giornalista



SOMMARIO

Il ruolo della parola

I 5 assiomi della comunicazione

Psichiatria, Psicologia e Odontoiatria

Gestione dei pazienti difficili e/o oppositivi

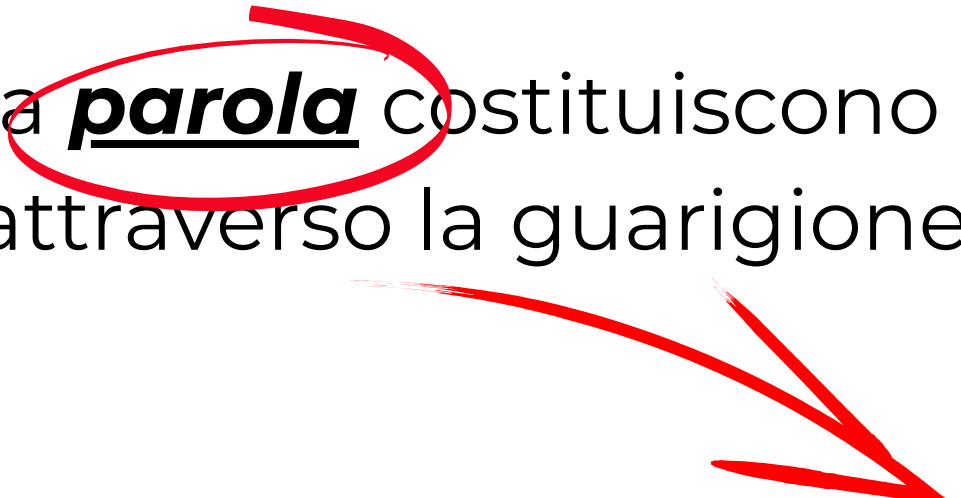
Comunicare la malattia

IL RUOLO DELLA PAROLA

Per **Ippocrate** la *medicina* è un'arte basata su una triade indissolubile:

- Malattia
- Malato
- Medico

Il **tocco**, il **rimedio** e la **parola** costituiscono i 3 canali con cui il medico si connette al malato per guidarlo attraverso la guarigione.



Strumento relazionale e componente fondamentale dell'agire medico.

Per **Ippocrate** la parola ha un'efficacia terapeutica diretta, capace di agire sullo stato d'*animo* e sul *corpo*.

Ad oggi, tutti gli studiosi sono concordi nel ritenere che le abilità comunicative del medico siano fondamentali nell'influire sulla **compliance** del paziente.



Indica il grado in cui *il comportamento del pz* corrisponde alle raccomandazioni concordate con il personale sanitario.

Migliorare la compliance del pz odontoiatrico richiede il passaggio da un modello direttivo (il dentista prescrive, il pz esegue) a un *modello partecipativo*, basato sull'**alleanza terapeutica**.



Adherence

Esistono molti possibili **modelli di rapporto medico-paziente**.

I principati sono **4**.

- **Attivo-passivo**

Implica la **completa passività del pz** e la conseguente, necessaria, assunzione del controllo da parte del medico.

Il pz non si assume alcuna responsabilità e non prende parte attiva al trattamento.

Approccio consigliato in pochi e specifici casi (es. pz delirante o non cosciente).

- **Docente-studente**

Presuppone una **posizione dominante del medico**.

Il pz è dipendente e accondiscendente.

- **Partecipazione reciproca**

Il rapporto è centrato sulla **parità**.

Entrambi necessitano dello stimolo reciproco.

- **Amichevole**

Rapporto tradizionalmente considerato **disfunzionale** e in conflitto con l'etica professionale.

Spesso è dettata da una difficoltà psicologica primaria del professionista, che può riscontrare la *necessità emotiva di trasformare il trattamento in una relazione di scambio reciproco* (affetto e informazioni provate).

ALLEANZA TERAPEUTICA: **rapporto di collaborazione** che si stabilisce tra il professionista sanitario e il pz, con lo scopo di costruire, attraverso una dimensione interpersonale, un rapporto di fiducia e collaborazione reciproca.



PROGETTO TERAPEUTICO: consente di **programmare insieme il percorso terapeutico**, articolandolo nei *tempi* e nei *modi* più adeguati al paziente e alle sue specifiche problematiche.

Il colloquio è tra gli strumenti diagnostici più efficaci.

Quando condotto con abilità, permette di raccogliere le informazioni fondamentali per stabilire/modificare il trattamento e, al contempo, di stabilire una solida alleanza terapeutica, rendendo il pz attivo nel trattamento e nel processo di accettazione.

I professionisti sanitari e gli ASO (operatori d'interesse sanitario) devono comunicare un **atteggiamento non critico mostrandosi interessati, partecipi e cordiali.**

I 5 ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE



Formulati da Paul Watzlawick e dai suoi colleghi della scuola di Palo Alto nel 1967, descrivono le **proprietà fondamentali** della comunicazione:

- Non si può non comunicare
- Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione
- La natura della relazione dipende dalla punteggiatura di comunicazione tra i comunicanti
- Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico (verbale/digitale) sia con quello analogico (non verbale)
- Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza

1. Non si può non comunicare

Tutto il comportamento (verbale e non) è comunicabile.
Che si parli o si stia in silenzio, si sta comunicando qualcosa.

es. Il paziente è seduto in sala d'attesa con le braccia incrociate, sguardo fisso nel vuoto. Verbalmente non comunica nulla ma...



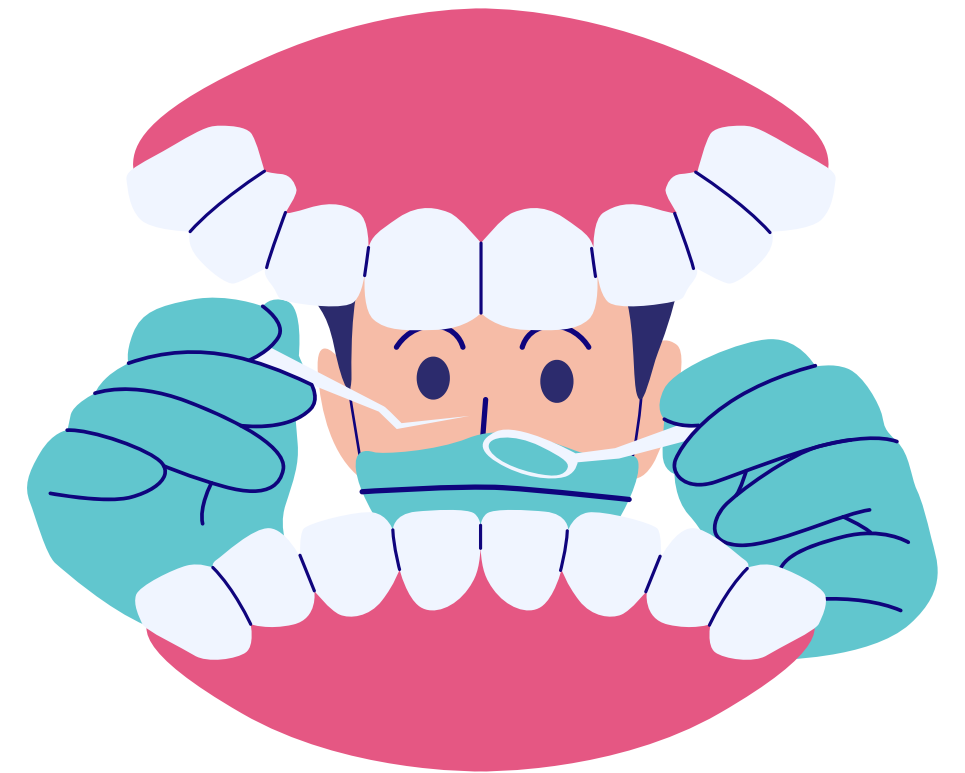
2. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione

Ogni messaggio veicola due tipi di informazione:

- Contenuto: le info oggettive e le parole pronunciate.
- Relazione: come il messaggio deve essere inteso e **come chi parla definisce il rapporto con l'interlocutore** (metacomunicazione).

es. Pensa di dire ad un paziente: “*Apra la bocca*”.

In base a come lo dici, significato e percezione cambiano.

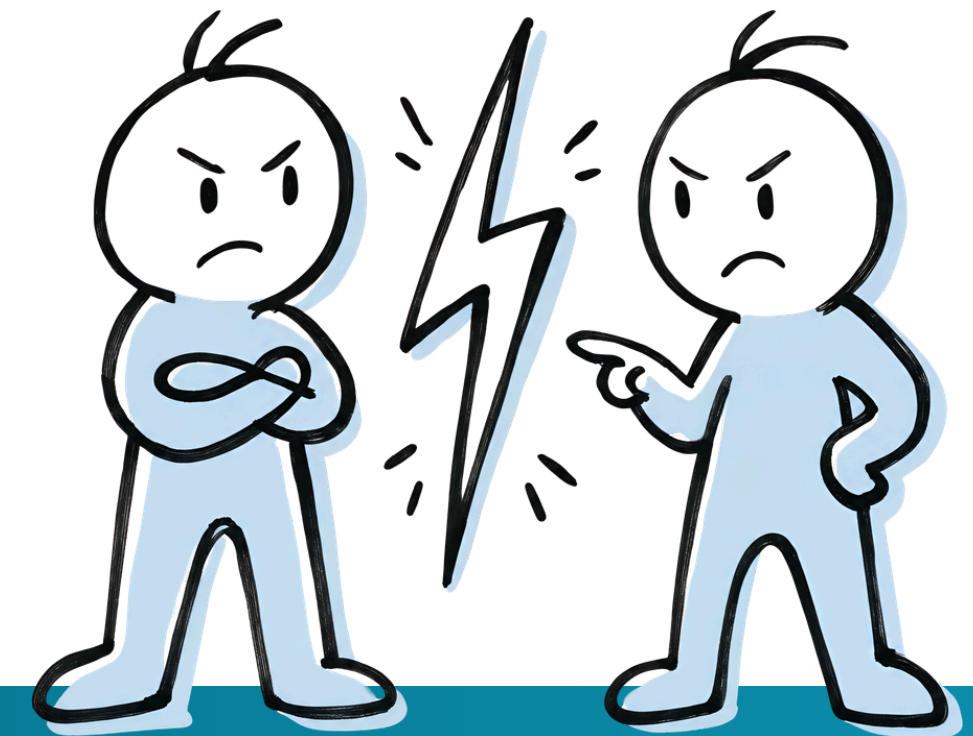


3. La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura di comunicazione

*Chi comunica tende ad organizzare il flusso degli eventi (la punteggiatura) in modo da considerare **la propria condotta come una conseguenza e mai come la causa del comportamento dell'altro**, creando spesso un circolo vizioso.*

es. Segretaria: “Chiamo sempre prima questo paziente perché so che dimentica l'appuntamento”.

Pz: “Non segno in agenda l'appuntamento perché tanto mi contattano sempre loro”.



4. Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico (verbale) sia con quello analogico (non verbale)

es. Chiedi al pz, che sta uscendo dalla stanza, se va tutto bene.

Opzione 1: Il pz risponde “*sì, tutto perfetto, grazie*” (modulo numerico).

Opzione 2: Ha i pugni serrati, le spalle rigide e un sorriso forzato (modulo analogico).



5. Tutti gli scambi di comunicazione sono o simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza

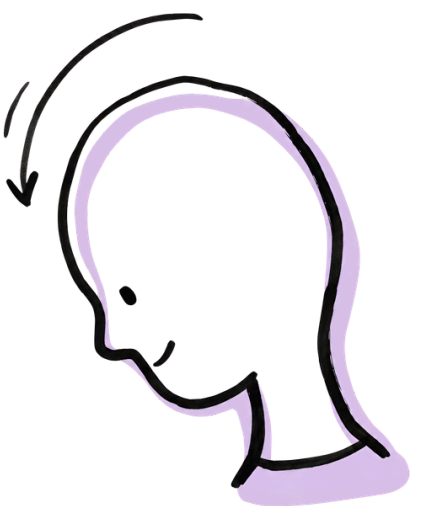


*Simmetrici: nessuno dei due vuole cedere il passo. C'è una **competizione**.*

es. Tu, ASO, alzi la voce per ammonire il pz sull'igiene dentale e lui, a sua volta, regisce con lo stesso tono per ribattere e difendersi.

*Complementaria: basati sulla **differenza di ruolo**.*

es. Il Dentista dà un'indicazione clinica e il pz risponde annuendo.



PSICHIATRIA, PSICOLOGIA E **ODONTOIATRIA**



Sebbene psichiatri/psicologi e odontoiatri trattino ambiti apparentemente distinti - la salute mentale e il suo funzionamento da un lato, il cavo orale e le strutture maxillo-facciali dall'altro - condividono numerosi **punti di intersezione fondamentali sul piano clinico, fisiologico e comportamentale.**

es. Bruxismo

Associato ad ansia, stress cronico e disturbi dell'umore.

es. Sindrome della bocca urente

Suddivisa in 3 sottotipi.

Il secondo è quello maggiormente resistente alla terapia. Si correla positivamente all'ansia generalizzata cronica.

Almeno ⅓ di loro soffre di disturbi psichiatrici (soprattutto disturbi d'ansia e di umore).

ODONTOFOBIA



Pauro irrazionale, intensa e persistente delle cure, degli interventi odontoiatrici e/o dell'ambiente dello studio dentistico.

Fobia riconosciuta dall'OMS e inserita nel DSM 5 tra le **fobie specifiche** (tipo "sangue-infezioni-ferite").

Va da una *lieve apprensione* a veri e propri *attacchi di panico*.



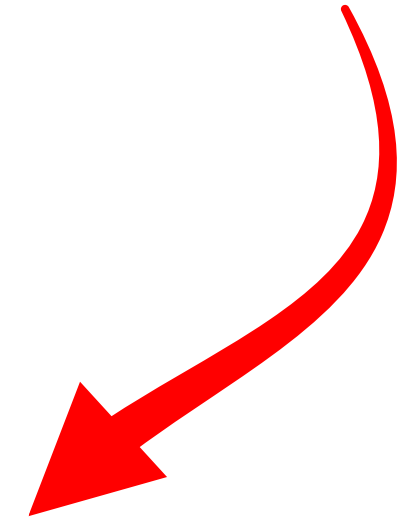
Processo psichico attraverso cui l'individuo reagisce a **stimoli esterni di pericolo**, attivando meccanismi che coinvolgono sia il *soma* che la *psiche*.

Le fobie specifiche, se non trattate hanno **decorso cronico**.

- Condotte di **evitamento**
- Compromissione del normale **funzionamento** sociale e/o lavorativo del pz, e ciò arreca disagio e significativa sofferenza.

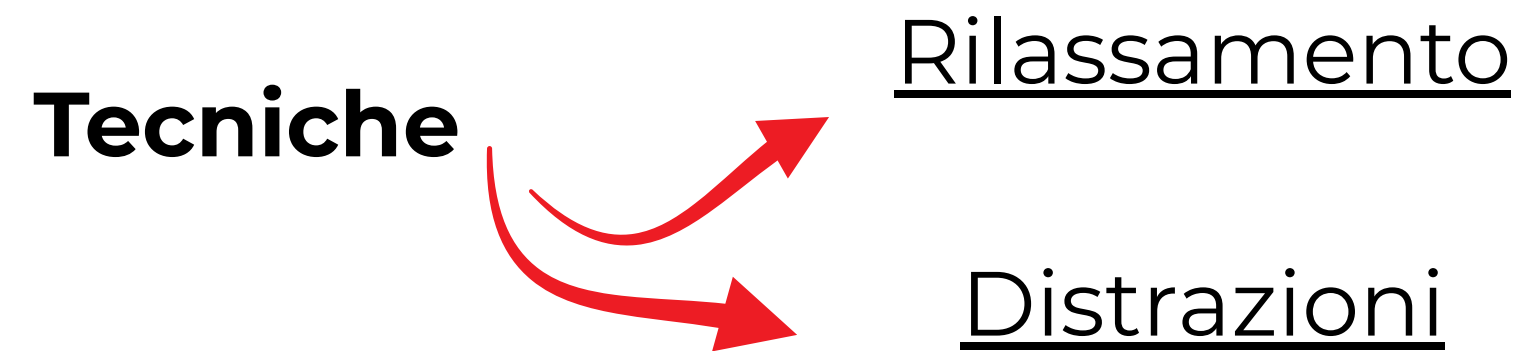
Anche l'odontofobia porta ad assumere **condotte di evitamento**.

Dal procrastinare fino al rinunciare alle cure
odontoiatriche essenziali.



La persona è consapevole di essere la causa di tale peggioramento e questo porta a sperimentare **vergogna** e imbarazzo.

La **gestione** del pz va modulata sulla base dell'intensità della sintomatologia.



Ruolo fondamentale: **Assistente odontoiatrico**

Prima di qualunque intervento, procede alla descrizione degli strumenti e a spiegazioni rassicuranti.

Il loro intervento si articola in 4 fasi:

1

Salutare il pz per nome ed essere accogliente.

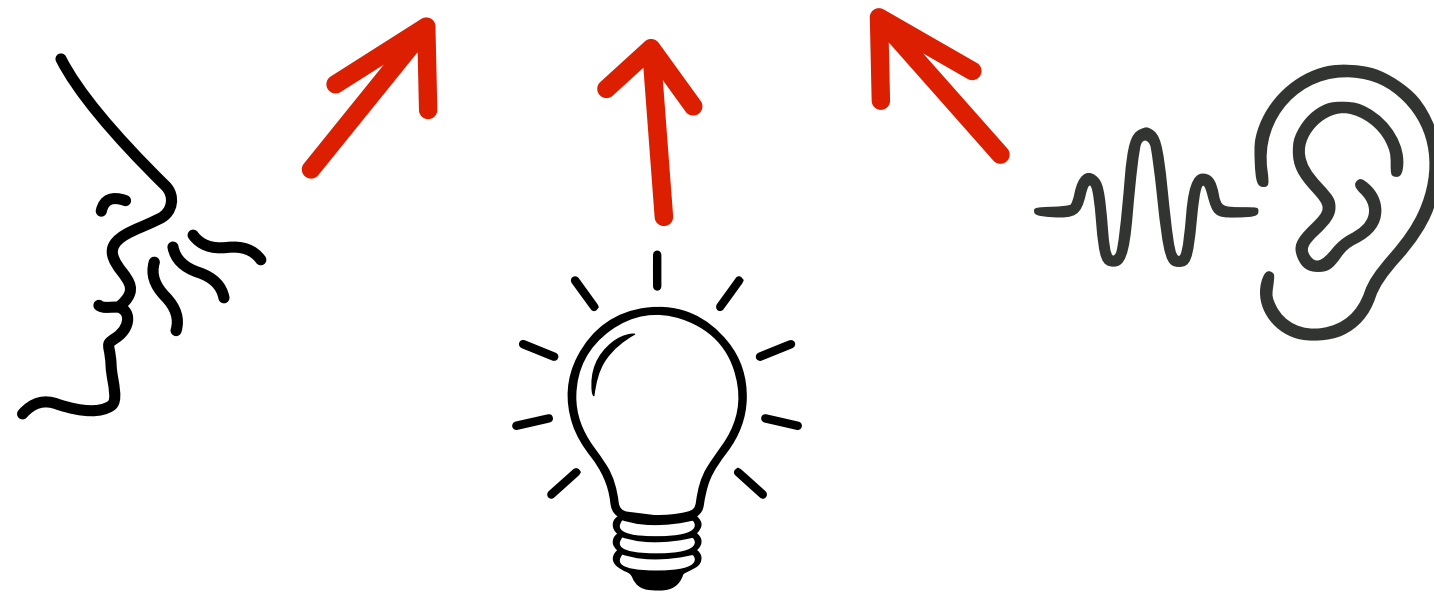
Utilizzare un tono calmo e rassicurante.

Non mostrare fretta.

Consentire al pz di esprimere le proprie paure **SENZA MINIMIZZARE**.

Concordare un segnale chiaro di “**stop**”.

- **Ridurre l'impatto visivo** della strumentazione.
- Controllo dei **fattori sensoriali.**



3

- **Spiegazione dei passaggi**
- Postura e **comfort**
- **Presenza e contatto** visivo

4. Tecniche di rilassamento

- Guida alla **respirazione**
- **Distrazione** cognitiva

PRINCIPALI **DISTURBI PSICHIATRICI** CON CUI DENTISTI E ASO POSSONO INTERFACCIARSI

Disturbi Somatoformi

Spesso si nascondono dietro **frequenti lamentele somatiche**.

Nonostante il **reale buono stato di salute**, il pz resta cristallizzato su una sintomatologia che appare immune ai più radicali interventi.

Spesso hanno una lunga **storia di problematiche fisiche** (insorte, solitamente *dai 30 anni*) e che, nel tempo, hanno richiesto *innumerevoli e inefficaci trattamenti medici*.

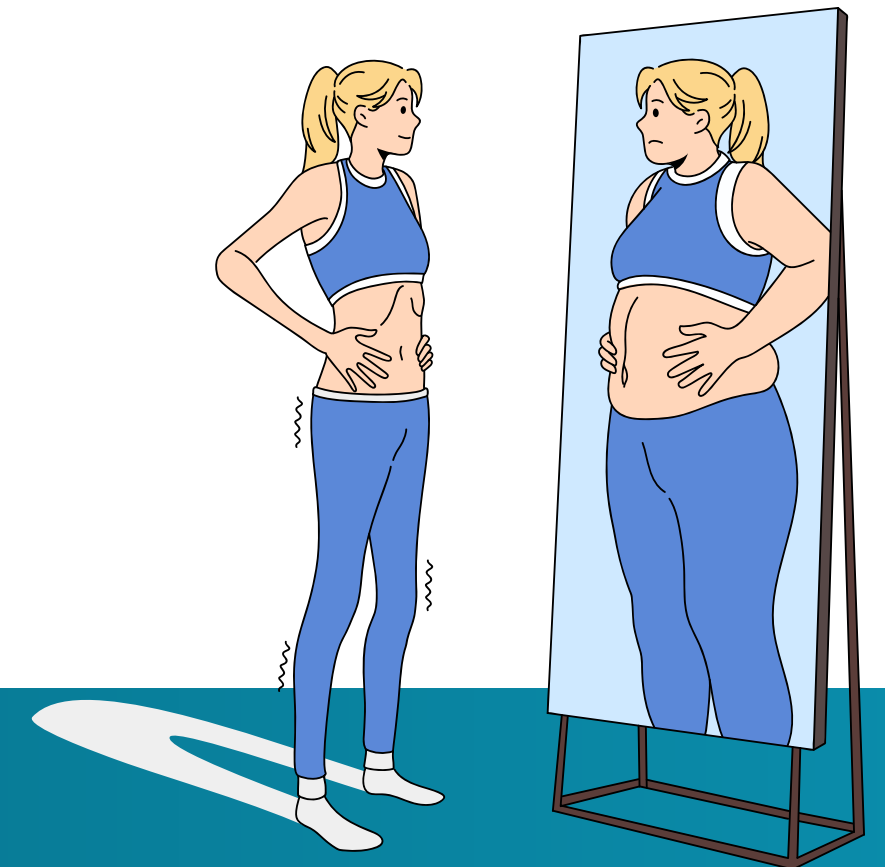
Dismorfismo corporeo

Prevale la **preoccupazione** (che può assumere connotati deliranti) per un **supposto difetto fisico/estetico** - in realtà non presente o, comunque, irrilevante - a cui il pz dà un'*importanza estremamente eccessiva*.

Spesso sono adolescenti, di sesso femminile, che vivono con estremo disagio e vergogna tale 'difetto' estetico, spesso limitando la propria vita sociale.

Le loro giornate sono incentrate su mantenimento della propria ossessione.

Sono pz estremamente perfezionisti e difficilmente gestibili.



DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo)

A seconda delle ossessioni del pz, queste possono diventare oggetto di attenzione e studio del professionista sanitario.

es. Ossessione: uscire sempre di casa con dentifricio e spazzolino.

In caso di impossibilità ad effettuare i propri rituali di lavaggio, seguono inevitabili *attacchi di panico*.



DCA (Disturbi della Condotta Alimentare)

Nella bulimia il **vomito** auto-indotto è una frequente condotta di eliminazione. Essa determina **alterazioni nell'apparato dentale** (e non solo), con conseguente *disagio personale e sociale*.

Sono frequenti:

- Erosioni dentali (succo gastrico nel cavo orale)
- Fratture dei margini degli incisivi
- Generale iper-sensibilità dentale



Psicosi

Uno studio del 2012, condotto su pazienti con diagnosi di schizofrenia, ha mostrato come questi siano più reticenti a sottoporsi a cure odontoiatriche.

Si **lavano i denti ⅓ in meno della popolazione generale**.

La scarsa igiene dentale è, spesso, ulteriore sintomo di una più generale *trascuratezza nella cura di sé e dell'ambiente*.

In altre circostanze, invece, i denti sono **oggetto di deliri e allucinazioni** (es. deliri di infestazione del cavo orale da parte di vermi o insetti).

Talvolta, il pz non presenta atteggiamenti bizzarri e/o un eloquio disorganizzato, e ciò rende difficile il riconoscimento da parte di un non esperto.



Abuso di sostanze

Scarsa igiene, carie, bruxismo, gengiviti e ascessi dentali sono frequenti negli alcolisti. Si recano in Pronto Soccorso solo nel momento in cui la patologia dentale si trova in uno stato molto avanzato e assume i connotati di una vera e propria
urgenza medica.



Alcuni pz **peregrinano** da un odontoiatra all'altro, narrando quanto siano stati danneggiati dalle cure ricevute in precedenza, descrivendo una sofferenza inaudita.

Tipicamente, in un primo momento il nuovo odontoiatra e gli ASO saranno vissuti e descritti come veri e propri salvatori, per poi divenire oggetto di disprezzo e, talvolta, odio.

PAZIENTI DIFFICILI

① Esigenti e dipendenti

Hanno bisogno di **rassicurazioni costanti** ma, al contempo, si presentano resistenti a tale offerta.

Fanno spesso **chiamate ripetute** e (a detta loro) urgenti nel periodo che intercorre tra gli appuntamenti.

Spesso rispondono con **rabbia** se percepiscono che il medico e il personale non prendano adeguatamente in considerazione le loro richieste.

Con loro occorre definire, fin da subito, **limiti e confini**, ma anche far presente il proprio interesse nell'ascoltarli e assisterli.

② Esigenti e impulsivi

Hanno **difficoltà ad accettare le gratificazioni ritardate** e pretendono che le loro problematiche vengano immediatamente risolte.

Vengono **frustrati facilmente** e possono diventare aggressivi se non ottengono immediatamente ciò che desiderano.

Anche in questo caso, i **limiti** devono essere posti fin dal principio, definendo chiaramente quali comportamenti potranno essere accettati e quali no.

③ Ossessivi

Ordinati, puntuali ed eccessivamente preoccupati per i dettagli.

Spesso appaiono **freddi** e distaccati.

Sono restii a qualsiasi tentativo di controllo da parte del medico, poiché hanno **nessità egli stessi di controllare** le cose.

Temono la vulnerabilità e la dipendenza.

Occorre *coinvolgerli* il più possibile nell'assistenza e nel trattamento. Dovrà essere loro *spiegato*, nel dettaglio, cosa avverrà, quando e perché.

③ Ipervigili e paranoici

Temono che la gente **complotti** contro di loro.

Possono **fraintendere** ciò che accade nell'ambiente, fino al punto di vedere cospirazioni anche negli eventi neutri.

Sono critici, evasivi, sospettosi, diffidenti e recriminanti.



Lamentosi, passivo-aggressivi

Sembrano comunicare solo attraverso una sfilza infinita di **lamentele** e **critiche**.

Spesso **biasimano velatamente** gli altri per le loro problematiche possono farli sentire colpevoli per non aver fatto qualcosa o per l'insufficiente assistenza fornita.

Spesso non esprimono direttamente la loro rabbia, ma lo fanno passivamente, tardando agli appuntamenti o nei pagamenti.

Si sentono vittime.

Possono credere inconsciamente che l'unico modo per ricevere amore e attenzioni sia quello di **essere malati**.



SINDROME DI MÜNCHAUSEN

Sindrome inquadrabile tra i **disturbi fittizi**.

*Il paziente simula **sintomi** e/o produce **segni** fittizi di malattia, allo scopo di ottenere ripetuti accertamenti, ricoveri o, addirittura, interventi chirurgici.*

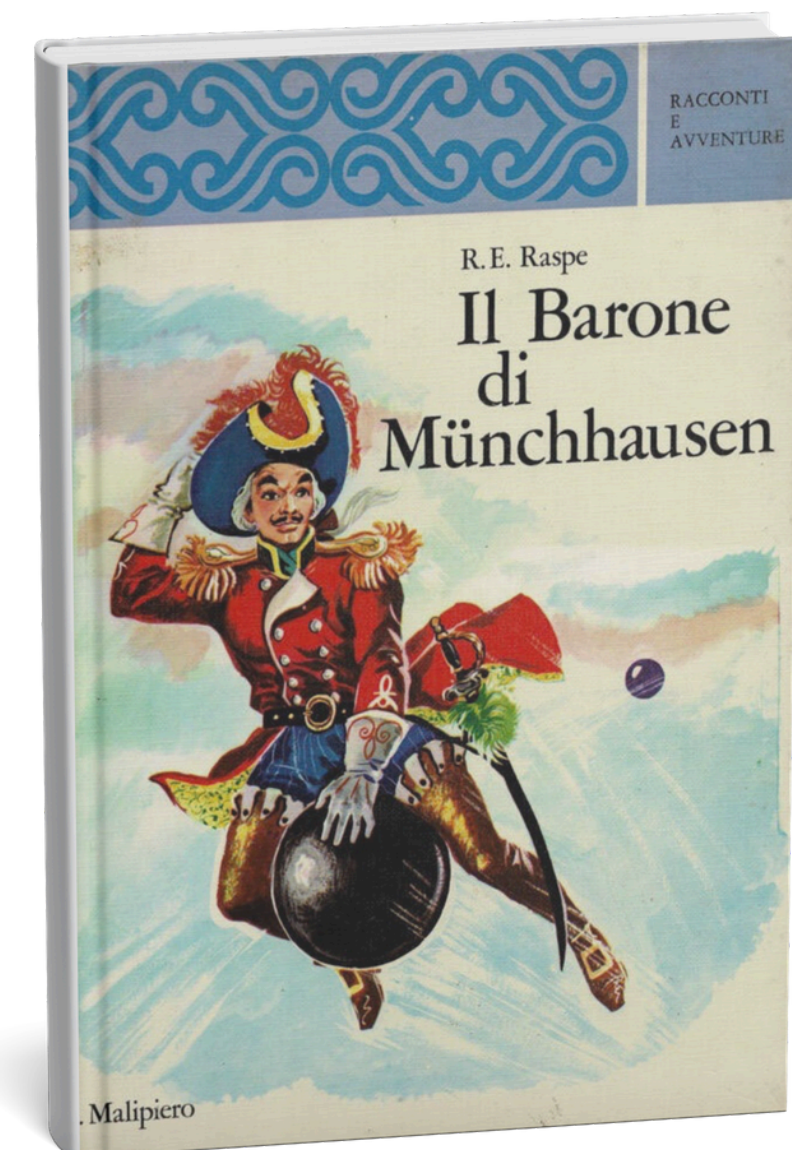
Obiettivo (inconscio) è assumere il **ruolo di malato**.

Gli atti hanno natura compulsiva, quindi il soggetto è incapace di astenersene.

Il nome deriva dal romanzo di Rudolf Erich Raspe, ispirato alle avvincenti avventure narrate da *Friedrich von Münchhausen*: ufficiale tedesco di cavalleria famoso per i suoi assurdi racconti di guerra.

La sindrome fu descritta per la prima volta da Ascher. Ai fini della diagnosi dovevano essere soddisfatti tre criteri:

- **Simulazione**
- **Pseudologia fantastica**
- **Peregrinazione**



Variante PER PROCURA

Il paziente simula o provoca, rispettivamente, sintomi e segni di malattia **nel soggetto di cui si prende cura**.

È una sindrome di frequente riscontro nelle *madri che vivono all'interno di una relazione coniugale altamente disfunzionale, e che risultano essere simbioticamente legate al figlio*.

Il **quadro sintomatologico** che esse presentano ai medici non è facilmente circoscrivibile e **induce a ipotizzare una malattia rara**.



PERCHÉ COMUNICARE LA MALATTIA?



Compito inevitabile dei professionisti sanitari.



Obbligo giuridico, deontologico ed etico.



Facilita il processo di adattamento alla malattia.



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA – 2006

Capo IV: Informazione e consenso

Art.33 – Informazione al cittadino:

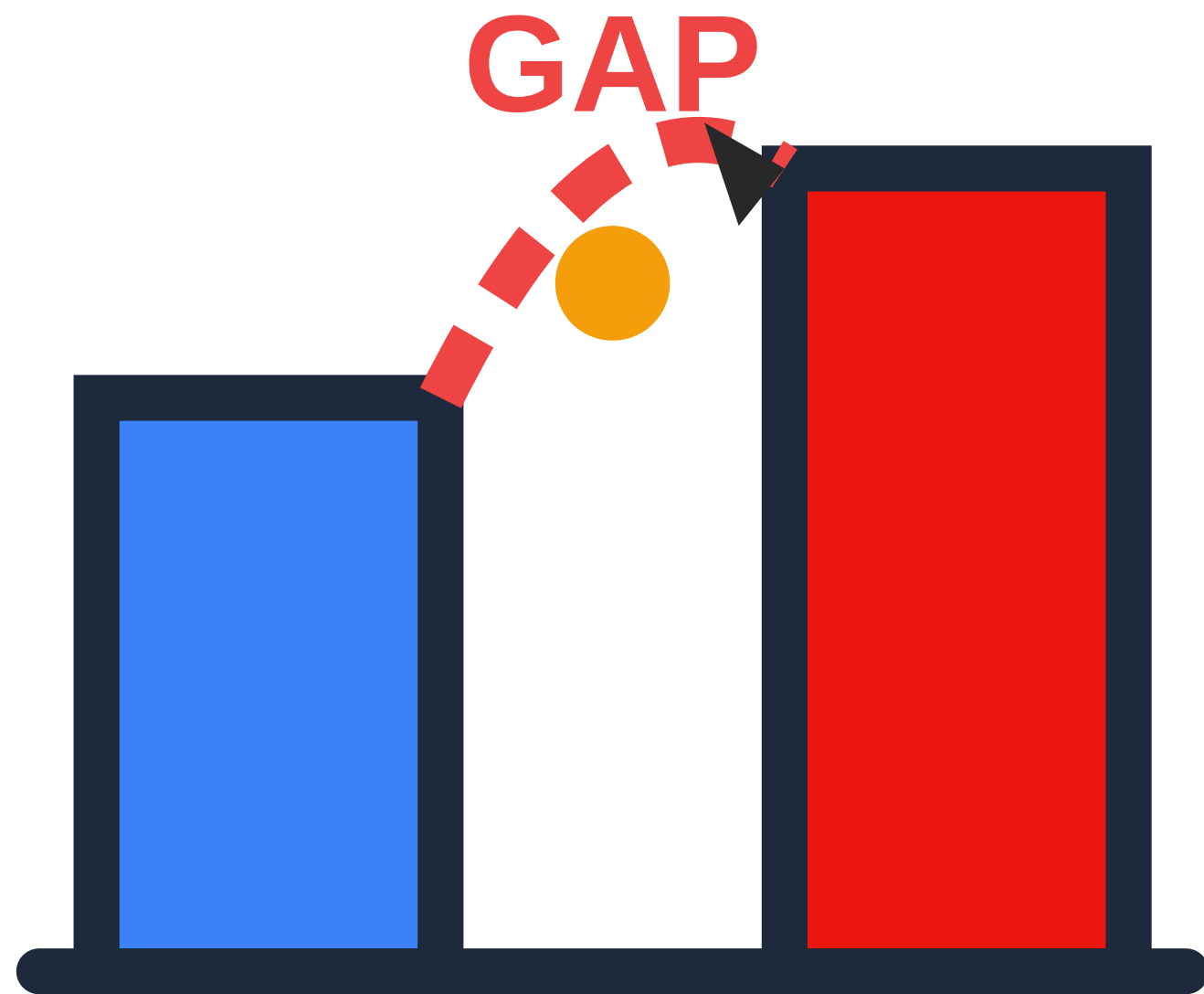
“Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere **fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.** La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l’informazione deve essere rispettata”.

I PAZIENTI VOGLIONO SAPERE LA VERITÀ?

- I dati di letteratura, nel complesso, confermano che la **maggior parte dei pazienti (dal 70 al 90%) desidera ricevere informazioni oneste e veritiere** su diagnosi, prognosi, effetti collaterali dei trattamenti.
- In particolare è piuttosto elevata la percentuale di coloro che vogliono sapere se sono affetti o meno da un **cancro**.
- Esiste una quota minore - ma non per questo trascurabile - di pazienti che **non vuole essere informata** o che esprime **bisogni comunicativi differenziati**.

- Il 64.7 % desidera essere informato dei **risultati** dopo ogni singolo esame.
- Il 26.6 % desidera essere informato dei risultati a percorso diagnostico completato.
- L' 1.3 % non vorrebbe conoscere né l'esito degli accertamenti né la diagnosi.

- Il 71.1 % desidera essere informato della diagnosi insieme **con** *una persona di sua fiducia*.
- Il 26.2 % desidera essere **l'unico ad essere informato della diagnosi**.



L'ampiezza del “**gap**” (del divario tra realtà e aspettative) risulta *direttamente proporzionale alla prevedibile sofferenza* della persona.

Un protocollo progettato per comunicare cattive notizie al malato (di cancro) è quello di Baile e Buckman (2000), denominato **SPIKES** (acronimo formato dalle lettere iniziali dei sei passi fondamentali che lo compongono).

S = Setting up (**prepara** il setting)

P = Perception (**valuta** cosa il paziente sa)

I = Invitation (**chiedi** quanto vuole sapere)

K = Knowledge (**dai** le informazioni con chiarezza)

E = Emotions (**accogli** le emozioni)

S = Summary (**riassumi e pianifica** insieme al pz)

Prepara il setting

- Abbi chiaro **chi** si ha davanti e perché.
- Devi disporre del **tempo** e del **luogo** adeguato.
- Chiedi al pz se preferisce avere un familiare o un amico **al suo fianco**.
- Mantieni il **contatto visivo** e cogliere la comunicazione non verbale.

Valuta cosa il pz sa

- Valuta le **discrepanze** nell'informazione.

Correggile, eventualmente, utilizzando spiegazioni chiare e lineari (anche utilizzando supporti visivi, come i disegni).

- Affronta e rispetta la **negazione**.

“Ma è sicuro di ciò che sta dicendo?”

Non poniamo subito il paziente davanti alla realtà dei fatti e non pensiamo che l'accettazione sia automaticamente correlata al livello d'istruzione.

- Cerca di cogliere il significato di eventuali **aspettative irrealistiche** del pz.

Chiedi quanto vuole sapere

- **Invita** il pz ad esprimere ciò che desidera sapere.

“C’è qualcosa che vorrebbe sapere o capire meglio della sua malattia?”

- **Rispettiamo** il diritto del pz di *non voler sapere proprio tutto*.
- Fornire **supporto** ed eventuali **risposte**.

Dai informazioni (con chiarezza)

- **Prepara** il pz agli argomenti di cui parlerai (diagnosi, prognosi, terapia)
- Usa un **linguaggio** comprensibile.
- ^{1.} • Fornire le informazioni a **piccole dosi**.
- Accertati che il pz stia comprendendo bene ciò che dici (**ripeti e verifica**).

Accogli le emozioni

- **Aspettarsi** le reazioni emotive e **prepararsi** a gestirle.
- Rispettare i tempi e i modi del pz, reagendo con **empatia**.
- **Legittimare** ciascun sentimento, senza minimizzare.
- Rispettare i tempi emotivi e cognitivi della persona per procedere con il passo successivo.

Riassumi e pianifica (insieme)

- Stabilisci un **piano di cura** chiaro e condiviso.
- **Chiedere** se ci sono domande.
- **Riassumere.**
- Salutare fissando un successivo appuntamento (e concordando modalità di contatto anticipato, se eventualmente necessario).

**La cura inizia nell'istante in cui
si offre un'attenzione piena e
non giudicante alla storia che il
paziente porta con sé.**